

5. Salehi-Pourmehr H., Niroomand S., Shakouri S.K., Asgarlou .Z, Farshbaf-Khalili A. Association Between Antenatal and Postpartum Depression and Anxiety with Weight Retention 1 Year After Childbirth: A Longitudinal Study, 2018// Community Ment Health J. – 2018. - Nov;54(8). - P. 1284-1294.
6. Evenson K.R., Mottola M.F., Owe K.W., Rousham E.K., Brown W.J. Summary of international guidelines for physical activity after pregnancy// Obstet Gynecol Surv. - 2014. - Jul;69(7). – P. 407-14.
7. Amorim Adegboye A.R., Linne Y.M. Diet or exercise, or both, for weight reduction in women after childbirth// Cochrane Database Syst Rev. 2013 Jul 23;(7):CD005627.
8. Deffieux X., Vieillefosse S., Billecocq S. et al. Postpartum pelvic floor muscle training and abdominal rehabilitation: Guidelines//J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris).- 2015. - Dec;44(10). – P. 1141-6.
9. Sénat M.V., Sentilhes L., Battut A. et al. //Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. – 2016. - Jul;202. - P. 1-8.
10. Christenson A., Johansson E., Reynisdottir S. et al. Women's Perceived Reasons for Their Excessive Postpartum Weight Retention: A Qualitative Interview Study //PLoS One. – 2016. - Dec 9;11(12):e0167731.

УДК 618.3-06

**А.В. Ершов, М.А. Звычайный, Л.И. Коротовских
ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ
БЕРЕМЕННЫХ С ОПУХОЛЯМИ И ОПУХОЛЕВИДНЫМИ
ОБРАЗОВАНИЯМИ ЯИЧНИКОВ**

Кафедра акушерства и гинекологии
Уральский Государственный медицинский университет
Екатеринбург, Российская Федерация

**A.V. Ershov, M.A. Zvychainyi, L.I. Korotovskiyh
DIAGNOSIS AND SURGICAL TREATMENT OF
PREGNANT WOMEN WITH OVARIAN TUMORS AND
SIMILAR FORMATION TO OVARIAN TUMORS**

Department of obstetrics and gynecology
Ural State Medical University
Ekaterinburg, Russian Federation

e-mail: ershovich1337@yandex.ru

Аннотация. В статье рассмотрены вопросы диагностики и оперативного лечения опухолей и опухолевидных образований яичников во время беременности. Проведен сравнительный анализ различных методов оперативного лечения.

Annotation. The article deals with the issues of diagnosis and surgical treatment of pregnant women with tumors and tumor-like formations of the ovaries. A comparative analysis of various methods of surgical treatment.

Ключевые слова: беременность, опухоли яичников, опухолевидные образования яичников, лапароскопия, лапаротомия

Keywords: pregnant, ovarian tumors, ovarian tumor-like masses, laparoscopy, laparotomy

Введение

Оперативное лечение во время беременности является одним из наиболее сложных разделов хирургии. К наиболее частым гинекологическим причинам, требующим хирургического вмешательства, относят опухоли и опухолевидные образования яичников [1].

По данным различных источников в 3 - 6% случаев беременности диагностируются опухоли и опухолевидные образования яичников, которые требуют хирургического лечения в 1–2,3% всех беременностей [1,2,3,4]. Также до сих пор достаточно сложен вопрос диагностики данного диагноза у беременных. Достаточно дискуссионной является точность методов УЗИ во время беременности [5,6,7]. Информативность МРТ-диагностики так же подвергается сомнению, так как проведено мало исследований в данной области. Один из основных методов дифференциальной диагностики доброкачественности процесса является определение онкомаркеров. Однако многие авторы признают значимость онкомаркера СА-125 недостаточной [1,8]. Поэтому на сегодняшний день актуальной проблемой является определение новых биомаркеров для дифференциальной диагностики злокачественных опухолей.

Так же на сегодняшний момент не определен единый стандарт лечения при данной патологии у беременных. На выбор тактики влияют срок беременности, доброкачественность процесса, за исключением случаев «острого живота», требующих экстренного оперативного вмешательства. Не менее важными особенностями являются хирургический доступ, ведение послеоперационного периода [1,9].

Цель исследования – Оценить исходы беременности и сравнить возможности лапароскопического и лапаротомического доступов оперативного вмешательства при опухолях и опухолевидных образованиях яичников.

Материалы и методы исследования

Проведен ретроспективный анализ 30 стационарных карт пациенток родильного отделения МАУ ГКБ № 40, у которых в анамнезе проводилось оперативное лечение по поводу опухолей и опухолевидных образований. Все беременные были разделены на две группы. В первую вошли 22 пациентки, получивших оперативное лечение лапароскопическим методом. Вторая группа – 8 пациенток. Метод лечения последней – лапаротомный доступ на различных сроках гестации. Средний возраст пациенток составил – 29,5 лет.

Статистическая обработка полученных данных выполнена с помощью электронных таблиц «Microsoft Excel» и пакета прикладных программ «Statistica for Windows» v.6.0. При этом соблюдались рекомендации для медицинских исследований.

Результаты исследования и их обсуждение

Из 30 родильниц, оперированных в различные сроки гестации, у 27 (90 %) беременность закончилась родами в срок: у 21 (77,8%) — самопроизвольными и у 6 (22,2%) — оперативными. Преждевременными родами завершились 3 (10 %) беременности. Корреляции между выбором хирургического доступа во время беременности и естественными или оперативными родами не наблюдалось.

Выбор оперативного доступа зависел в основном от срока гестации (чем больше срок, тем чаще применялся лапаротомный доступ, лапароскопический доступ был использован до 24 недель гестации по данным проанализированного материала), размеров образования яичников, высоты стояния дна матки, природы образования и объема операции, комплекции больной. Самая встречающаяся операция у пациенток из двух групп была цистэктомия одного или двух яичников. Аднексэктомия была проведена в четырех случаях по поводу новообразования доброкачественной природы больших или гигантских размеров. Билатеральная аднексэктомия выполнялась в двух случаях: при подозрении на гранулезоклеточную опухоль (при гистологическом исследовании — склерозирующая стромальная опухоль) и при подозрении на пограничную опухоль (гистологическое заключение — эндометриовидная киста яичника с выраженной децидуализацией стромы, периоофорит). Из 30 операций в первом триместре было выполнено 3,3%, во втором — 90%, и в третьем — 6,7%. По мнению большинства авторов, оптимальным периодом для осуществления планового оперативного лечения признано начало II триместра (16–18 нед), так как к этому сроку происходят завершение органогенеза, созревание фетоплацентарного комплекса, самостоятельная резорбция кист желтого тела, размеры беременной матки относительно невелики и не препятствуют проведению операции [1,10]. Использование лапароскопического метода в хирургическом лечении беременных с данной патологией имеет целый ряд преимуществ: снижение травматичности операции, сокращение ее продолжительности, отсутствие отрицательного влияния на течение беременности, состояние плода и новорожденного, возможность выполнения своевременного оперативного лечения в максимально щадящем объеме. Согласно нашему анализу, применение эндоскопической методики позволило снизить объем кровопотери во время операции на 85 %, продолжительность операции и послеоперационного лечения — на 22 % по сравнению с этими показателями в группе больных, подвергшихся лапаротомии. Данные статистического анализа представлены в таблице 1.

Таблица 1

Сравнительная характеристика исследуемых групп

Параметр	Лапароскопически й доступ (n=21)		Лапаротомный доступ (n=8)
Гестационный срок оперативного лечения (недели)	18,38±3,4	*	26,87±2,5
Продолжительность операции (минуты)	43,6±4,32	*	55,89±3,25
Объем кровопотери (мл)	105±4,12	*	700±7,15
Продолжительность послеоперационного периода (к/дней)	6,23±0,99	NS	8±0,87
Срок родоразрешения (недели)	38±1,48	NS	38,25±1,48
Масса тела новорожденного (кг)	3,25±0,2	NS	3,2±0,19
Рост при рождении (см)	51,28±1,45	NS	51,87±1,8
Оценка по шкале Апгар на 1 минуте (баллы)	7,57±0,87	NS	7,38±0,74

Показатели исследуемых по группам (М ± m),

* - $p < 0,05$; Ns - недостоверно

Выводы:

1.Лапароскопия безусловно является методом выбора в лечении беременных с опухолями и опухолевидными образованиями яичников.

2.Несмотря на широкое внедрение современных методов исследования в акушерско-гинекологическую практику, вопрос дифференциальной диагностики опухолей является достаточно затруднительным, ввиду отсутствия высокоинформативных методов обследования, что требует дальнейшего изучения в данной области.

3.Наиболее ранняя диагностика образований яичников у беременных позволяет выполнить оптимальный объем оперативного лечения минимально инвазивным лапароскопическим методом.

4.При своевременной диагностике доброкачественных образований яичников и проведении оперативного лечения во время беременности не влияют отрицательно на плод и новорожденного, срок родов и способ родоразрешения.

Список литературы:

1.Адамян Л.В. Хирургическое лечение беременных с опухолями и опухолевидными образованиями яичников / Л.В. Адамян, К.И. Жордания, С.А.

Мартынов, А.Ю. Данилов и др // Опухоли женской репродуктивной системы. – 2011. – № 1. – С. 76-79.

2.Герасимова А.А. Ультразвуковая диагностика опухолей и опухолевидных образований яичников у беременных / А.А. Герасимова, Н.А. Магнитская, К.И. Степанов и др // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. - 2011. - № 10 (5). – С. 31–5.

3.Краснопольский В.И. Лапароскопия в диагностике и лечении кист и доброкачественных опухолей яичников у беременных и родильниц / В.И. Краснопольский, Л.С. Логутова, А.А. Попов и др // Рос. вестн. акушера-гинеколога. - 2002. - № 6. – С. 65–6.

4.Липатенкова Ю.И. Особенности ультразвуковой диагностики опухолей и опухолевидных образований яичников у беременных / Ю.И. Липатенкова, С.А. Мартынов, Л.В. Адамян, А.Ю. Данилов // Гинекология. - 2014. - № 6. – С. 37-43.

5.Мананникова Т.Н. Тактика ведения беременных с доброкачественными опухолями яичников / Рос вестн акуш-гинекол. - 2001. - №1(2). – С. 65–70.

6.Мартынов С.А. Возможности неинвазивных методов диагностики в определении структуры опухолей и опухолевидных образований яичников во время беременности / С.А. Мартынов, Л.В. Адамян, Ю.И. Липатенкова, Е.А. Кулабухова, П.В. Учеваткина, Т.Ю. Иванец, М.Л. Алексеева, А.Ю. Данилов // Гинекология. – 2014. - № 6. – С. 44-48.

7.Мартынов С.А. Лапароскопия и лапаротомия в лечении опухолей и опухолевидных образований яичников у беременных / С.А. Мартынов, Л.В. Адамян, К.И. Жордания, А.Ю. Данилов // Гинекология. – 2014. - № 5. – С. 4-8.

8.Савельева Г.М. Диагностика опухолей и опухолевидных образований яичников / Г.М. Савельева, В.Г. Бреусенко, А.А. Соломатина // Рос. вестн. акушера-гинеколога. – 2005. - № 6. – С. 53–61.

9.Aggarwal P. Ovarian tumors in pregnancy: a literature review / P. Aggarwal, S. Kehoe // Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. – 2011. - № 155. – P.19–24.

10.Hoover K. Evaluation and management of adnexal mass in pregnancy / K. Hoover, TR. Jenkins // Obstet Gynecol. – 2011. - P. 97–102.

УДК 618.2

**Завьялова И.С., Иванова Н.В., Шурыгина Е.П.
ГЕСТАЦИОННЫЙ САХАРНЫЙ ДИАБЕТ И ЕДИНЫЕ КРИТЕРИИ
ДИАГНОСТИКИ САХАРНОГО ДИАБЕТА ВСЕХ ТИПОВ**

Кафедра Управления сестринской деятельностью
Уральский государственный медицинский университет
Екатеринбург, Российская Федерация

**Zavyalova I. S., Ivanova N.V., Shurygina E.P.
GESTATIONAL DIABETES AND CONSENSUS CRITERIA FOR**